

المكتب الولائي بالوادي
رقم : ... /

طلب إعاره عتاد شبه طبي

انا الممضي (ة) أسفله :

المولود (ة) بتاريخ :

السكن (ة) :

بلدية دائرة ولاية

الهاتف:...../.....

أشهد بأنني استلمت من الجمعية المذكورة أعلاه العتاد أو الجهاز التالي

1 -

أتعهد

أن أعيده في فترة لا تتجاوز 15 يوما ، وبارجاعه سليما أو تعويضه في حالة العطب أو الضياع.

إدارة الجمعية

إمضاء المعني